

FOREIGNER PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name		≠ Sex	♂ Male ♀ Female	⌘ Birth Day-Month-Year		^ v y β y ~ Photo (Stamped Official Stamp)																												
Present mailing address					Blood type																													
ℳ Nationality (or Area)		⌘ Birth Place																																
⌘ ↓ ⌘ ^ ⌘ ⌘ ⌘ ⌘ Have you ever had any of the following diseases? (Each item must be answered ñYesò or ñNoò) <table><tr><td>⌘ Typhus fever</td><td>♂ No ♂ Yes</td><td>Bacillary dysentery</td><td>♂ No ♂ Yes</td></tr><tr><td>⌘ Poliomyelitis</td><td>♂ No ♂ Yes</td><td>Brucellosis</td><td>♂ No ♂ Yes</td></tr><tr><td>Diphtheria</td><td>♂ No ♂ Yes</td><td>Viral hepatitis</td><td>♂ No ♂ Yes</td></tr><tr><td>Scarlet fever</td><td>♂ No ♂ Yes</td><td>Puerperal streptococcus infection</td><td>♂ No ♂ Yes</td></tr><tr><td>Relapsing fever</td><td>♂ No ♂ Yes</td><td></td><td>♂ No ♂ Yes</td></tr><tr><td>⌘ Typhoid and paratyphoid fever</td><td>♂ No ♂ Yes</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Epidemic cerebrospinal meningitis</td><td>♂ No ♂ Yes</td><td></td><td></td></tr></table>							⌘ Typhus fever	♂ No ♂ Yes	Bacillary dysentery	♂ No ♂ Yes	⌘ Poliomyelitis	♂ No ♂ Yes	Brucellosis	♂ No ♂ Yes	Diphtheria	♂ No ♂ Yes	Viral hepatitis	♂ No ♂ Yes	Scarlet fever	♂ No ♂ Yes	Puerperal streptococcus infection	♂ No ♂ Yes	Relapsing fever	♂ No ♂ Yes		♂ No ♂ Yes	⌘ Typhoid and paratyphoid fever	♂ No ♂ Yes			Epidemic cerebrospinal meningitis	♂ No ♂ Yes		
⌘ Typhus fever	♂ No ♂ Yes	Bacillary dysentery	♂ No ♂ Yes																															
⌘ Poliomyelitis	♂ No ♂ Yes	Brucellosis	♂ No ♂ Yes																															
Diphtheria	♂ No ♂ Yes	Viral hepatitis	♂ No ♂ Yes																															
Scarlet fever	♂ No ♂ Yes	Puerperal streptococcus infection	♂ No ♂ Yes																															
Relapsing fever	♂ No ♂ Yes		♂ No ♂ Yes																															
⌘ Typhoid and paratyphoid fever	♂ No ♂ Yes																																	
Epidemic cerebrospinal meningitis	♂ No ♂ Yes																																	
⌘ ↓ y ⌘ ⌘ ⌘ ⌘ Do you have any of the following diseases or disorders endangering the public order and security? (Each item must be answered ñYesò or ñNoò) <table><tr><td>Toxicomania</td><td>é é é é é é é é é é ...</td><td>♂ No ♂ Yes</td></tr><tr><td>⌘ Mental confusion</td><td>é é é é é é é é é é</td><td>♂ No ♂ Yes</td></tr><tr><td>Manic Psychosis</td><td>é é é é é é ...</td><td>♂ No ♂ Yes</td></tr><tr><td>Paranoid Psychosis</td><td>é é é é é é</td><td>♂ No ♂ Yes</td></tr><tr><td>Psychosis</td><td>Hallucinatory Psychosis</td><td>é é é é ♂ No ♂ Yes</td></tr></table>							Toxicomania	é é é é é é é é é é ...	♂ No ♂ Yes	⌘ Mental confusion	é é é é é é é é é é	♂ No ♂ Yes	Manic Psychosis	é é é é é é ...	♂ No ♂ Yes	Paranoid Psychosis	é é é é é é	♂ No ♂ Yes	Psychosis	Hallucinatory Psychosis	é é é é ♂ No ♂ Yes													
Toxicomania	é é é é é é é é é é ...	♂ No ♂ Yes																																
⌘ Mental confusion	é é é é é é é é é é	♂ No ♂ Yes																																
Manic Psychosis	é é é é é é ...	♂ No ♂ Yes																																
Paranoid Psychosis	é é é é é é	♂ No ♂ Yes																																
Psychosis	Hallucinatory Psychosis	é é é é ♂ No ♂ Yes																																
⌘ Height cm	⌘ Weight kg	⌘ Blood pressure mmHg																																
⌘ Development		⌘ Nourishment		Neck																														
⌘ Vision L _____ R _____		⌘ Corrected Vision L _____ R _____		Eyes																														
⌘ Colour sense		Skin		Lymph nodes																														
Ears		Nose		⌘ Tonsils																														
Heart		Lungs		Abdomen																														

Spine		Extremities		Nervous system	
Other abnormal findings					
Chest X-ray Exam (Attached chest X-ray report)		ECG			
Laboratory exam (Attached test report of AIDS, Syphilis etc.)					
None of the following diseases of disorders found during the present examination.					
Cholera Yellow fever Plague Leprosy Venereal Disease Lung tuberculosis AIDS Psychosis					
Suggestion			Official Stamp		
Signature of physician			Date		